

# Trabajo Fin de Grado

Intervención desde Terapia Ocupacional en un  
caso de Trastorno por Déficit de Atención e  
Hiperactividad infantil.

Autor

Díaz López, María Luisa

Tutor

López de la Fuente, M<sup>a</sup> Jose

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

2013

## **RESÚMEN**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un desorden psiquiátrico de inicio en edad temprana, generalmente antes de los 7 años, que se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad.

El objetivo de este trabajo es diseñar y aplicar un programa de Terapia Ocupacional a un paciente de 6 años, y comprobar su efectividad; para ello se ha seguido el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional.

La intervención dirigida al niño se ha centrado en favorecer el desarrollo de la orientación espacial y temporal, mejorar el autocontrol, interiorizar indicaciones que faciliten sus tareas, favorecer la adquisición del esquema corporal, mejorar la percepción visual y potenciar la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria. Con los padres se ha trabajado en base a guías sobre el trastorno y técnicas de modificación de conducta.

Tras la intervención se ha comprobado que los resultados del tratamiento son positivos y, que el niño puede beneficiarse de la Terapia Ocupacional.

## **ABSTRACT**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a psychiatric disorder of early onset, usually before age 7, which is characterized by a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity/impulsivity.

The aim of this work is to design and implement an occupational therapy program for a 6 years old patient, and prove its effectiveness; for this it has been followed the Occupational Therapy Practice Framework.

The intervention with the child was focused on promoting the development of spatial and temporal orientation, improve self-control, internalize information to facilitate his tasks, favor the acquisition of anatomical chart, improve visual perception and enhance the autonomy and independence in activities of daily living. With parents it has been worked according to guides of disorder and behavior modification techniques.

After the intervention it was found that treatment outcomes are positive and the child can benefit from Occupational Therapy.

# ***Índice***

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>página 4</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>página 7</b>
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>página 7</b>
<b>4. DESARROLLO.....</b>	<b>página 10</b>
<b>4.1.    Datos clínicos y sociales.....</b>	<b>página 10</b>
<b>4.2.    Resultados de la evaluación inicial.....</b>	<b>página 11</b>
<b>4.3.    Objetivos de la intervención.....</b>	<b>página 13</b>
<b>4.4.    Plan de intervención.....</b>	<b>página 14</b>
<b>4.5.    Resultados.....</b>	<b>página 17</b>
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>página 18</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>página 19</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>página 23</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

El **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)** es un desorden psiquiátrico de inicio en edad temprana, generalmente antes de los 7 años, caracterizado por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad.

El **diagnóstico** es clínico, debe sustentarse en la presencia de los síntomas recogidos en el DSM-IV-TR [*Anexo 1*] y completarse por una clara repercusión funcional.

Algunos de éstos deben estar presentes antes de los 7 años, haberse prolongado durante al menos 6 meses y presentarse en al menos dos contextos en los que el niño se desenvuelve.

Se establecen tres subtipos:

- Tipo combinado.
- Tipo con predominio del déficit de atención.
- Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.(1)(2)

La **etiología** del trastorno es muy heterogénea y todavía desconocida; se han encontrado deficiencias en las redes neuronales asociadas a las funciones de procesamiento sensoriales y cognitivas. (3)

Se entiende que puede ser una disfunción del lóbulo frontal, un retraso en la maduración del funcionamiento frontal o una disfunción de los subsistemas fronto-subcorticales. (4)

El 77% de la causa es genética y otras causas pueden aparecer en diferentes momentos del desarrollo del niño, destacando según Biderman y Faraone:

- Consumo de tabaco o alcohol por parte de la madre durante el embarazo
- Bajo peso al nacer
- Complicaciones perinatales
- Edad avanzada de la madre
- Adversidad psicosocial
- Haber permanecido institucionalizado e hipoestimulado durante un periodo largo de tiempo (5)

Las **características** asociadas al trastorno son baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima.

En general, obtienen grados escolares inferiores a sus compañeros y alcanzan menos logros profesionales. Suelen tener un CI varios puntos inferior al de sus iguales aunque, en ocasiones, pueden situarse en la franja de la superdotación. (1)

Los trastornos asociados incluyen trastornos de aprendizaje (lectura, cálculo y escritura), trastornos de las habilidades motoras, trastornos de la comunicación (expresión, comprensión, de articulación o de pronunciación), trastornos emocionales, y trastornos de conducta y adaptación social. (6)

Es el trastorno más frecuente en la infancia, la **prevalencia** se sitúa en un 3-7% de los niños en edad escolar; (1) otros estudios señalan una media aproximada del 5%. (7)

Según Círez I., Pérez B. y López S. en España, representa un 86% de las consultas atendidas, lo que supone una gran demanda asistencial. (8)

Es más frecuente en hombres que en mujeres, con proporciones que oscilan entre el 2:1 y 9:1 (1) y afecta a todas las razas y clases sociales. (9)

En la mayoría de los casos el trastorno persiste en la edad adulta (10) y de no existir intervención temprana pueden llegar a presentar problemas delictivos y de abuso de sustancias, o problemas de personalidad; persistiendo la impulsividad y el déficit cognitivo y disminuyendo la hiperactividad en la adolescencia. (11)

Podemos mencionar tres modelos teóricos que explican el trastorno:

- Modelo de déficit atencional de Mirsky: resalta los problemas en los procesos de atención.
- Modelo de dificultades para la inhibición conductual de Barkley: destaca los problemas en la hiperactividad y la impulsividad, que afectarían a la conducta motora y a la mental.
- Modelo de alteración de las funciones ejecutivas de Brown: surge como modelo intermedio, considera que el problema para la inhibición conductual dificulta el despliegue de las funciones ejecutivas, y que éstas a su vez tienen un funcionamiento deficiente. (12)

El tratamiento debe ser integral, personalizado y multidisciplinario (10); generalmente se aplica un **tratamiento combinado**, de tratamiento farmacológico, dirigido a los problemas nucleares, y no farmacológico, dirigido a los problemas secundarios y comórbidos asociados al TDAH.

Los fármacos más eficaces y utilizados son el Metilfenidato (estimulante) y la Atomoxetina (no estimulante), ambos para mayores de 6 años.

El tratamiento no farmacológico puede incluir terapia psicológica, psicopedagógica, conductual y terapia ocupacional, además de programas de entrenamiento para padres y educadores.

Existen terapias alternativas y/o complementarias como tratamientos dietéticos, de optometría, homeopatía, osteopatía, medicina herbaria, estimulación auditiva, biofeedback o psicomotricidad. (13)(14)

Las intervenciones que han demostrado ser más efectivas son farmacoterapia, psicoeducación, modificación conductual, tratamiento cognitivo-conductual y orientación a padres y profesores. (14)

Desde la **Terapia Ocupacional (T.O.)** uno de los objetivos es intervenir en los patrones de ejecución, en aquellos hábitos y rutinas importantes para el niño; se trabaja también la interacción padres-niño y la de aquellos grupos que le rodean.

Otro punto importante es la conducta intencional, lo que el niño percibe como capaz de hacer y con lo que disfruta; es un elemento clave que permite el desarrollo del autocontrol. (15)

Las terapias de integración sensorial son cada vez más utilizadas por los terapeutas ocupacionales en casos de niños con trastornos del desarrollo y del comportamiento; éstas tratan de organizar el esquema sensorial, proporcionándoles estímulos vestibulares, propioceptivos, auditivos y táctiles. (16)

En el ámbito escolar, es importante que profesor y terapeuta colaboren, de forma que ambos reflexionen sobre las razones que dificultan el aprendizaje del niño, sus características y sus posibilidades de aprendizaje, construyéndose así un conocimiento común sobre el niño. El terapeuta ocupacional puede aportar una visión crítica que considere varios factores relacionados con los diferentes contextos del niño. (17)

En un estudio piloto sobre la eficacia de la intervención cognitivo-conductual desde T.O. en 14 niños, se encontraron mejoras significativas después de la intervención, y la mayoría de los efectos se mantenían a los 3 meses. (18)

En 2007 se realizó un estudio con el fin de comparar los efectos del entrenamiento psico-educativo con los de los medicamentos estimulantes, en relación a la percepción visual de niños con TDAH. Se incluyeron 8 pacientes medicados y 8 sin medicar y se les aplicó un tratamiento de T.O. y Educación Especial.

En todos se dio un aumento significativo de las puntuaciones tras el tratamiento, obteniendo los niños medicados mejores resultados.

No obstante, los medicamentos son incapaces de mejorar completamente todas las dificultades; por lo que se hace necesario el tratamiento psico-educativo por su capacidad de aumentar el correcto funcionamiento de estos niños ya que, el déficit en la memoria de trabajo puede ser mejorado con entrenamiento, lo que posiblemente mejore la inhibición de respuesta y el razonamiento. (19)

Otro estudio que evalúa la eficacia del metilfenidato y de la terapia de modificación de conducta en niños con TDAH mostró una mejora de los síntomas en ambos grupos; probando la eficacia de ambos tratamientos, pero también señaló que pudieran ser necesarios tratamientos adicionales para un funcionamiento óptimo. (20)

## **2. OBJETIVOS**

El objetivo de este trabajo es comprobar el efecto del tratamiento de Terapia Ocupacional en un caso único real de TDAH infantil.

## **3. METODOLOGÍA**

Se realizó una búsqueda en Bibliotecas de la Universidad de Zaragoza para la consulta de libros.

Se consultaron las bases de datos: OTseeker, Science Direct, Dialnet, PubMed, y Google académico y los términos de búsqueda fueron: "Terapia Ocupacional TDAH", "Occupational Therapy ADHD", "Terapia Ocupacional AND déficit de atención" "déficit de atención"; y se han consultado páginas web de diferentes revistas de Terapia Ocupacional.

El marco teórico que se ha seguido para el desarrollo de la intervención ha sido el **"Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso"**, que dirige el proceso de intervención de Terapia Ocupacional, con el objetivo de mantener y/o mejorar la sintomatología que impide al sujeto ser capaz de adquirir sus habilidades de desempeño ocupacional adecuadamente. (11)(21)

Los enfoques seguidos en la intervención han sido:

- Establecer/restaurar: cambiar variables para establecer una habilidad que no haya sido desarrollada o restaurar una habilidad afectada.
- Mantener: proporcionar ayudas para preservar las capacidades que se ganen.
- Modificar: revisar ámbitos/demandas de la actividad para apoyar el desempeño.(21)

Se han empleado técnicas y actividades englobadas en diferentes modelos; dentro de los modelos de enfoque orgánico-mentalista se han empleado el psicomotriz y el neuropsicológico y, dentro de los modelos de enfoque mentalista, se utilizaron el cognitivo y el de aprendizaje y conducta ocupacional. (22)

Al inicio de la intervención se realizó una evaluación a padres y profesores consistente en:

- ❖ Entrevista semiestructurada a los padres: sobre la historia del desarrollo del niño, contexto familiar y personal, historia escolar y principales dificultades.
- ❖ Cuestionarios: **Escala de Conners**, para padres (de conducta general [Anexo 2] y de conducta en el hogar [Anexo 3]) y para profesores (escala abreviada [Anexo 4] y cuestionario de conducta en la escuela [Anexo 5]), y **Cuestionario SNAP-IV** para profesores [Anexo 6].

Son escalas psicométricas auto administradas de tipo likert con 4 niveles de respuesta, la puntuación de cada ítem va de 0 a 3 puntos (0=*nada*, 1=*poco*, 2=*bastante* y 3=*mucho*) y valoran los principales síntomas del TDAH.

El niño fue evaluado mediante observación directa en la ejecución de actividades, y mediante test estructurados:

- ❖ **Test de imitación de gestos de J. Bergès e I. Lezine:** consta de dos partes. La primera (imitación de gestos simples) consta de 10 ítems para movimientos de las manos y 10 ítems para movimientos de los brazos. La segunda (imitación de gestos complejos) consta de 16 ítems de gestos con manos y dedos y de 10 ítems para la prueba de los contrarios. Primero realiza el movimiento el examinador, y luego el niño.
- ❖ **Test de Orientación derecha-izquierda:** consta de 7 preguntas sobre dónde se encuentra la mano u oreja, derecha o izquierda, en él mismo y en el examinador, de frente o de espaldas a éste.
- ❖ **Conocimiento de las partes del cuerpo:** señalar y nombrar, en él y en el examinador, 34 partes del cuerpo. (23)
- ❖ **Representación del cuerpo:** dibujo de la figura humana. [Anexo 7]
- ❖ **Estructuración espacial:**
  - *Espacio semiótico:* realización de 10 trayectos, en un cuadrado de 3m<sup>2</sup>, compuesto por 9 puntos equidistantes en el suelo; reproducción de forma gráfica y propioceptiva por parte del niño.
  - *Espacio simbólico:* utilización simbólica (mediante números) de los puntos de un trayecto espacial concreto, realizando diversas estrategias de recorrido, previo suministro de una serie de números.



- *Espacio concreto*: cálculo de distancias y ajuste preciso del plan motriz general y del movimiento terminal a las mismas; teniendo que llegar a una línea en un número determinado de pasos.
  - *Espacio verbal*: desarrollo de las denominaciones de las distintas relaciones que se establecen entre el niño y el espacio, de forma estática y dinámica.
- ❖ ***Evaluación de la utilización somatognósica***: adoptar una serie de posiciones, de manera sucesiva con ambos brazos, por parte del terapeuta, a repetir por el niño una vez concluida. Consta de 3 series de movimiento de las cuales se ha realizado la primera.
- ❖ ***Evaluación de inhibición y expectancia***: se divide en dos grandes grupos, grupo A con estímulos acústicos y el lenguaje interior del niño como mediador; y grupo B, con estímulos visuo-gestuales y como mediador se añade el esquema de utilización somatognósico. Se puntúan los niveles 1 y 2 de la serie A como grupo inhibición-expectancia, los niveles 3 y 4 como grupo consigna-previa y los niveles 2 y 3 de la serie B como grupo visuogestual.(24)
- ❖ ***Test de Percepción Visual de Colarusso y Hammill***: valora mediante 60 láminas la discriminación visual, las relaciones espaciales, la memoria visual, la discriminación figura-fondo y el cierre visual. Se evaluaron 40/60 correspondientes a la edad.(25)

#### **4. DESARROLLO**

##### **4.1. DATOS CLÍNICOS Y SOCIALES**

Víctor tiene 6 años, fue adoptado en Bane (Ucrania) por una familia española el 18 de Diciembre de 2008, actualmente vive en un pueblo de La Rioja.

Fue trasladado al nacer a un orfanato donde apenas se le estimuló.

Nació de segundo embarazo, segundo parto, con 2.400 gramos de peso, con un retraso considerable en los índices de peso y estatura. Los padres adoptivos señalan que la madre era alcohólica, pero no consta.

Tuvo varias infecciones agudas virales, bronquitis.

En los datos facilitados por el orfanato, consta que nació el 3/07/04, fecha errónea al comprobar su edad ósea, lo que determinó que no tenía 4 años al ser adoptado sino 2 años.

Menor activo, con demora del desarrollo psíquico y del habla.

A los 2 años no deambulaba, no hablaba apenas, no masticaba y no tenía control de esfínteres.

Los síntomas de TDAH constan desde la adopción, anteriormente sin diagnóstico.

El tratamiento actual es: Rubifen 5mg/30 comprimidos VO.

Comprendió el español rápidamente, aún persiste dificultad en la expresión.

Inicio de la marcha y control de esfínteres pasados los 2 años.

Actualmente el desarrollo físico y el estado de salud general son normales.

Su estructura familiar actual se compone por el padre, de 39 años, con estudios de Formación Profesional, que trabaja como transportista; y por la madre, de 44 años, con estudios de Formación Profesional en Atención Socio sanitaria, que trabaja de auxiliar.

Sabe vestirse solo, pero necesita bastante tiempo y lo suele hacer la madre. Come solo (hay que insistirle) y se ducha solo.

Desayuna bien, come menos y por la noche tiene aumento del apetito, la madre refiere que podría ser efecto de la medicación.

Le cuesta conciliar el sueño y despertar.

Tiene buena relación con los padres y con la familia extensa, pasa tiempo con las abuelas y el abuelo.

Colabora con los mayores en pequeñas tareas, por ejemplo ayudar a cocinar.

Le cuesta cumplir órdenes, hay que insistirle.

Se frustra cuando no sabe hacer algo o no sabe expresar algo.

Tiene miedo a algunos ruidos (motos), plantas y animales (gatos y perros).

Es abierto, simpático, cariñoso, con buen humor.

Le gusta ir a la piscina y jugar al aire libre, por ejemplo con el balón, le gusta ver la televisión y el fútbol.

Tiene algunos amigos, la madre señala que los niños pierden el interés en él al no comprender lo que les dice.

Se escolarizó a los 2 años, al figurar 4 años fue matriculado en 2º de Educación Infantil, la profesora solía tenerlo en brazos.

Con 3 años, acudió a 3º de Educación Infantil.

Al cambiarle legalmente la edad, repitió ambos cursos; actualmente ha terminado 1º de Educación Primaria, sus notas son bajas y existe riesgo de quedarse atrás en el próximo curso.

Presenta los deberes generalmente limpios, los realiza en casa con ayuda.

Los profesores señalan que ha tenido una buena evolución ya que cuando llegó al colegio presentaba tics en los que se golpeaba, emitía ruidos molestos y repetitivos, y se movía mucho en la silla.

El oftalmólogo refiere que no tiene desarrollada la visión binocular y, por tanto, no hay estereopsis, lo que afecta al cálculo de distancias.

Padece malformación de Chiari consistente en una agenesia total del cuerpo calloso, sin lesiones ocupantes de espacio supra e infratentoriales, sin síntomas actuales, pero con riesgo de producirse cuando se desarrolle.

Al presentarse actualmente de forma asintomática, no se considerará en la presente intervención, pero debe tenerse en cuenta en el futuro.

#### **4.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL**

En los cuestionarios para padres, ambos coinciden con la respuesta “mucho” en que: no puede estar quieto, se distrae fácilmente, tiene escasa atención, se manosea los dedos, uñas, pelo o ropa, su lenguaje es inmaduro para su edad y no acaba las cosas que empieza.

Los ítems valorados con la respuesta “bastante” son: el niño es destructor de ropas juguetes u otros objetos, tiene facilidad para la frustración, el niño se encuentra en las nubes, ensimismado, es miedoso, obedece con desgana, se “pica” fácilmente, pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño y deja que le manipulen.

Las evaluaciones realizadas a los profesores fueron utilizadas como orientación en el tratamiento, ya que no será posible contrastarlas tras éste al no encontrarnos en periodo lectivo, los ítems más puntuados fueron: es desatento, se distrae fácilmente, escasa atención, su conducta es inmadura para su edad, tiene dificultades de aprendizaje escolar, le cuesta prestar atención a detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares,

tiene dificultad en organizar sus tareas y actividades, le cuesta mantenerse alerta, responder a lo que se le pide, o ejecutar consignas.

Los resultados de las pruebas realizadas al niño fueron:

- Test de imitación de gestos de J. Bergès e I. Lézine:
  - Evaluación de la praxis:
    - 1ª parte: 20/20
    - 2ª parte: 13/16
    - Los contrarios: 8/10. Respuestas por elementos o vacilantes con tendencia a realizarlo en espejo y con autocorrección.
  - Evaluación de la orientación derecha-izquierda: 5/7
  - Conocimiento de las partes del cuerpo: 22/34
- Representación del cuerpo/dibujo de la figura humana: *[Anexo 7]*
- Evaluación de la estructuración espacial:
  - Espacio semiótico "cuadrado de los 9 puntos": 3/10 completos. Realizó de forma gráfica 5 trayectos correctos, y de forma propioceptiva 3 trayectos. Precisa mucha ayuda verbal, pregunta constantemente.
  - Espacio simbólico "el juego de los viajes": se realizaron 22 secuencias, la mitad de 4 cifras y la otra mitad de 5. Memorizó correctamente los elementos asociados a los números, pero realizó omisiones en todas las secuencias, excepto en las demostraciones.
  - Espacio concreto "cálculo de distancias": no realiza correctamente ningún número de pasos. Tiene dificultad al comenzar a contar a la vez que da el primer paso, no coinciden los números con los pasos.
  - Espacio verbal: realiza los 4 niveles correctamente.
- Evaluación de la utilización somatognósica, serie A: percentil 0 (realiza posiciones parecidas pero ninguna secuencia correcta).
- Evaluación de inhibición y expectancia:
  - Grupo I-E: 2 puntos, percentil 0.
  - Grupo C-P: 0 puntos, percentil 3.
  - Grupo V-G: 4 puntos, percentil 6.Se observa falta de inhibición, con autocorrección.
- Test de percepción visual: 25/40, percentil 10. Mayor fracaso en la memoria y cierre visual.

### **4.3. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN**

El objetivo general de la intervención es mejorar los síntomas del TDAH y reducir la aparición de síntomas comórbidos, de forma que el niño logre un desarrollo armonioso y equilibrado.

Objetivos específicos:

- ❖ Interiorizar indicaciones para facilitar las tareas.
- ❖ Favorecer el desarrollo de la orientación espacial y temporal.
- ❖ Mejorar el autocontrol.
- ❖ Favorecer la adquisición del esquema corporal.
- ❖ Mejorar la percepción visual.
- ❖ Potenciar la autonomía e independencia en las AVDs.

Objetivos operativos:

- ❖ Interiorizará las autoinstrucciones.
- ❖ Será capaz de realizar 5/10 trayectos correctos de forma gráfica y propioceptiva en el cuadrado de 9 puntos.
- ❖ Recordará al menos 5 trayectos de cuatro números en el juego simbólico de los viajes.
- ❖ Mejorará la representación del esquema corporal.
- ❖ Aumentará hasta 50 el percentil en el test de percepción visual.
- ❖ Será capaz de atarse los cordones de los zapatos.

Objetivos para padres:

- ❖ Comprensión del trastorno, posibilidades de tratamiento y su pronóstico.
- ❖ Adquisición del manejo de técnicas de modificación de conducta y otras estrategias.

#### **4.4. PLAN DE INTERVENCIÓN**

Tras el análisis de resultados, se elaboró un plan de actividades centrado en trabajar la secuenciación, la atención, la percepción visual, la orientación espacial y temporal y el esquema corporal.

Se realizaron 25 sesiones de tratamiento durante los meses de julio y agosto de 2013, de 45-60 minutos de duración, de lunes a viernes. En cada sesión se han combinado actividades que requerían permanecer sentado con otras de movimiento.

Se le retiró temporalmente la medicación durante el tratamiento de T.O., realizándose bajo esta condición 8 sesiones y las pruebas de reevaluación.

Durante el tratamiento se emplearon técnicas de modificación de conducta, generalmente reforzadoras, como la alabanza y la atención; y en algunas ocasiones técnicas de castigo como la extinción y la riña.; también se introdujo un programa de economía de fichas, técnica que combina el reforzamiento positivo, el coste de respuesta y el contrato de contingencias. (26)(2)

También se ha llevado a cabo un entrenamiento en técnicas de autoinstrucciones y autocontrol, como forma de terapia cognitiva, generalmente con instrucciones verbales. (2) Las autoinstrucciones se han introducido mediante la historia de Gusi, que trata de un gusano con TDAH que las utiliza. (27)

Y se han incluido técnicas de entrenamiento atribucional, para que reflexione sobre por qué el resultado de una actividad es positivo o negativo en relación a sus acciones, lo que ayuda a mejorar la motivación. (28)

Para el conocimiento del trastorno por parte del niño se ha empleado la biblioterapia, consistente en la lectura de cuentos relacionados con el TDAH. (29)(30) Además se han aprovechado estas lecturas para trabajar la memoria, de forma que el niño repitiese la historia que habíamos leído.

Además de las actividades propias del programa, se ha trabajado la atención dividida porque se detectaron dificultades en la misma; se ha trabajado con ejercicios prácticos.

**Tabla I. Resumen de las actividades realizadas con el niño.**

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividades</b>
<b>Interiorizar indicaciones para facilitar las tareas</b>	<p>Autoinstrucciones: se han presentado acompañando a diversas actividades, intentando que el niño sea consciente de los beneficios de su utilización en diferentes situaciones, contextos o actividades.</p> <p>Se han proporcionado instrucciones por parte del terapeuta mientras se realizaban diferentes actividades, que después el niño debía repetir en voz alta como método de interiorización, tipo: "Debo fijarme en todas las respuestas", "Debo pensar qué debo hacer y cómo lo haré", "Me aseguro de la respuesta antes de marcarla".</p>
<b>Favorecer el desarrollo de la orientación espacial</b>	<p>Dibujar con consignas espaciales: ha consistido en dibujar lo que se le pedía a la derecha/izquierda/debajo/encima de otros elementos.</p> <p>Copia de figuras geométricas: en hojas con cuadrículas.</p> <p>Entrenamiento en el cuadrado de los 9 puntos: con ayudas decrecientes; en un cuadrado de menor tamaño, con ayuda verbal y mostrando el punto de finalización de los trayectos.</p> <p>Construcciones tridimensionales por copia: con fichas rectangulares y cilindros de colores</p>
<b>Favorecer el desarrollo de la orientación temporal</b>	<p>Secuencias en fotografías: ordenar imágenes de diferentes acciones, realizándolo él de forma real previamente.</p> <p>Transducción gráfico-acústica y acústico-gráfica de ritmos con silbatos.</p> <p>Selección de fotografías del verano.</p> <p>Cada día se le ha preguntado qué ha hecho por la mañana, intentando que lo relate ordenadamente.</p>
<b>Mejorar el autocontrol</b>	<p>Se ha ejercitado junto al resto de actividades, con instrucciones verbales y consignas, en momentos en los que debía esperar o escuchar.</p> <p>Técnica de la tortuga (Schneider y Robin, 1990): lectura de la historia.</p> <p>Juego "un, dos, tres, chocolate inglés".</p> <p>Encestar pelotas por turnos.</p>

**Tabla I (continuación). Resumen de las actividades realizadas con el niño.**

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividades</b>
<b>Favorecer la adquisición del esquema corporal</b>	<p>Aprendizaje de la denominación de diferentes partes del cuerpo: explicación en una figura humana a tamaño real de diferentes partes del cuerpo, dónde están y para qué sirven.</p> <p>Lateralidad: se ha trabajado mediante ejercicios con pelotas, señalando o con consignas.</p>
<b>Mejorar la percepción visual</b>	<p>Entrenamiento con el libro "Training activities for visual-perceptual skills".(31)</p> <p>Fichas sobre atención visual, memoria visual, percepción visual, seguimiento visual, etc.</p> <p>Ejercicios de atención visual.</p>
<b>Potenciar la autonomía e independencia en las AVDs</b>	<p>Tabla de economía de fichas con dos actividades: lavarse los dientes y recoger los juguetes. Se le explicó el funcionamiento de la tabla y la colocó en su habitación; su madre ha sido la encargada de rellenarla con él cada noche.</p> <p>Adiestramiento en atar los cordones, primero con tablero y después con zapatos.</p> <p>Explicación de porqué debe lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, y de porqué debe lavarse los dientes.</p>

**Tabla II. Actividades realizadas con los padres.**

<b>Actividades</b>	<b>Métodos</b>
Facilitación de guías explicativas sobre el trastorno	<p>Artículo "Cuidado con los despistes". (32)</p> <p>Pautas orientativas para el niño con TDAH y padres.(33)</p> <p>Hiperactividad: Orientaciones a padres. (34)</p> <p>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores. (35)</p>
Entrenamiento en técnicas de manejo de conducta	<p>Se han leído parte de las guías con los padres, explicando los aspectos importantes y poniendo ejemplos de situaciones.</p> <p>Se han explicado técnicas de manejo de conducta.</p>
Resolución de dudas	El terapeuta ha estado a disposición de los padres ante cualquier duda o cuestión.



#### 4.5. RESULTADOS

<b>Tabla III. Resultados de las evaluaciones de J. Bergès e I. Lezine</b>		
	<i>ANTES</i>	<i>DESPUÉS</i>
Praxis 1ª parte (gestos simples')	20/20	20/20
Praxis 2ª parte (gestos complejos)	21/26	<b>23/26</b>
Orientación derecha-izquierda	5/7	<b>6/7</b>
Conocimiento de las partes del cuerpo	22/34	<b>27/34</b>
Representación de la figura humana	El dibujo consta de cabeza (con pelo, ojos y boca) y líneas sin contorno como cuerpo.	Añade a la cabeza las orejas y gafas; el cuerpo tiene contorno y señala las rodillas con un punto. [Anexo 7]

<b>Tabla IV. Resultados de la evaluación de la estructuración espacial.</b>		
	<i>ANTES</i>	<i>DESPUÉS</i>
Espacio semiótico	3/10 completos. (5 gráficam. / 3 propiocep.)	<b>5/10</b> completos, (6 gráficam. / 7 propiocep.)
Espacio simbólico	4/22 (sólo acierta demostraciones)	<b>13/ 22</b> (acierta 9 de cuatro cifras y 4 de cinco cifras)
Espacio concreto	0/9 Dificultad al comenzar a contar los pasos.	<b>4/9</b> No presenta dificultad al comenzar a contar.
Espacio verbal	Todos los niveles correctos.	Todos los niveles correctos.

<b>Tabla V. Resultados de la evaluación de la utilización somatognósica.</b>	
<i>ANTES</i>	<i>DESPUÉS</i>
0 puntos = percentil 0	<b>2</b> puntos = percentil 0

<b>Tabla VI. Resultados de la evaluación de inhibición y expectancia.</b>		
	<i>ANTES</i>	<i>DESPUÉS</i>
Grupo I-E	2 puntos = percentil 0	<b>7</b> puntos = percentil <b>13</b>
Grupo C-P	0 puntos = percentil 3	<b>4</b> puntos = percentil <b>23</b>
Grupo V-G	4 puntos = percentil 6	<b>8</b> puntos = percentil <b>66</b>

<b>Tabla VII. Resultados del test de percepción visual.</b>	
<i>ANTES</i>	<i>DESPUÉS</i>
25/40 = percentil 10	<b>34/40</b> = percentil <b>93</b>

## **5. CONCLUSIONES**

En las tablas de resultado se aprecia mejoría en prácticamente todas las áreas evaluadas, aún habiéndose realizado las pruebas de reevaluación sin medicación; siendo ésta más significativa en la orientación espacial (concretamente en los espacios semiótico y simbólico), en la inhibición-expectancia y en la percepción visual.

En ninguna de las pruebas ha obtenido resultados inferiores a los iniciales.

El niño ha aprendido a atarse los cordones de los zapatos, y aunque persiste cierta dificultad manipulativa, logra el objetivo.

Se encuentra más reflexivo y analiza más detenidamente las respuestas antes de marcarlas.

Con la retirada de la medicación se percibió una mayor demora en la realización de actividades, y el niño comenzó a emitir sonidos constantes y removerse en la silla. Los resultados de la reevaluación, realizada sin medicación, muestran como los beneficios han superado este cambio.

La madre refiere que lo encuentra más tranquilo y con mejor expresión verbal; y en los cuestionarios respondidos por los padres tras la intervención la respuesta "mucho" ha sido marcada con menos frecuencia.

La principal dificultad en la realización del trabajo ha sido no poder reevaluar a los profesores por estar en periodo estival.

Como conclusión, los objetivos se han cumplido y el tratamiento de T.O. ha sido positivo tanto para el niño como para su entorno; no obstante, al tratarse de un caso único no se pueden generalizar los resultados, y por tanto se deberían realizar más estudios al respecto.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

1. Asociación Americana de Psiquiatría, DSM IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona: Elsevier Masson, 2002.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu. Ministerio de Ciencia e innovación, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010.
3. De La Fuente A., Xia S., Branch C., Li X.. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder from the perspective of brain networks. Rev. Frontiers in Human Neuroscience, May 2013; Vol. 7, art. 192.
4. Romero-Ayuso D.M., Maestrú F., Gonzalez-Marques J., Romo-Barrientos C., Andrade J.M., Disfunción ejecutiva en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la infancia, Revista de Neurología 2006, 42(5), 265-271
5. Soutullo Esperón C., Mardomingo Sanz M.J., Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A; 2010.
6. Benassini O., Trastornos de la atención. Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo. México D.F: Trillas S.A. de C.V.; 2004.
7. Soutullo, C., Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH., Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
8. Mandiola D., Oyarzo K., Vázquez N., Detección de alteraciones del desarrollo infantil en niños con trastorno de déficit atencional con hiperactividad en Punta Arenas: explorando la visión de los padres. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Agosto 2012; 12(1): 33.
9. Effective Health Care Program, Treatment Options for ADHD in Children and Teens: A Review of Research for Parents and Caregivers, Agency for Healthcare Research and Quality, June 2012, 12(13): 2.

10. Palacio J.M., Ruiz-Garcia M., Bauemeister J.J., Montiel-Navas C., Henao G.C., Agosta G., Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Salud Mental 2009, 32(1): S5.
11. Domingo Sanz, M.A., Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Terapia Ocupacional. Rev TOG (A Coruña) [Internet]. 2008 [consultada en junio 2013]; 5(2). Disponible en [www.revistatog.com/num8/pdfs/caso1.pdf](http://www.revistatog.com/num8/pdfs/caso1.pdf)
- 12.. Benito Moraga R., Evolución del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Madrid: Draft Editores, S.L.; 2008.
13. Asociación Cántabra de Padres de Ayuda al Déficit de Atención y/o Hiperactividad, TDAH: manual para padres.
14. Vázquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). México: Shoshana Berenzon; 2012.
15. López Collado B., Romero Ayuso DM., Influencia del entorno familiar en las actividades escolares en los niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad: una aproximación cualitativa. Rev TOG (A Coruña) [Internet]. 2012 [consulta en Junio de 2012]; 9(15): [26 p.]: 6-7. Disponible en: [www.revistatog.com/num15/pdfs/original7.pdf](http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original7.pdf)
16. Zimmer M., Desch L., Sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. Council on children with disabilities; American Academy of Pediatrics. Section on complementary and integrative medicine. Rev. Pediatrics June 2012, 29(6).
17. Baptista da Silva C., Perosa A., de Pontes F.V., Trastorno do déficit de atenção e hiperatividade: possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional em contextos educacionais. Rev. de Terapia Ocupacional de la Universidade de São Paulo. 2012; 23(3): 287.
18. Effectiveness of cognitive-functional intervention with children with attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study. Autores: Hahn-Markowitz J., Manor I., Maier A. School of Occupational Therapy, Faculty of Medicine. Hadassah and The Hebrew University of Jerusalem, PO Box 20246, Mount Scopus, Jerusalem –Rev. Am J Occup Ther. Julio-Agosto 2011. 65(4): 384-92.

19. Papavasiliou A.S., Nikaina I., Rizou I., Alexandrou S., Effects of psycho-educational training and stimulant medication on visual perceptual skills in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2007; 3(6): 950-953.
20. Waxmonsky J, Pelham W.E., Gnagy E, Cummings MR, O'Connor B, Majumdar A, et al. The efficacy and tolerability of methylphenidate and behavior modification in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and severe mood dysregulation. *Journal Child Adolescent Psychopharmacology* Dec 2008; 18(6): 573-588.
21. Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., Talavera Valverde, M.A., et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2º Edición [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en Internet]. 2010 [Junio de 2013]; [85P.] Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
22. Gómez Tolón J., Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional. Zaragoza: Mira Editores S.A., 1997.
23. Bergès J., Lezine I., Test de imitación de gestos. Ed Toray-Masson, 1981.
24. Gómez Tolón J., Rehabilitación psicomotriz en los trastornos de aprendizaje. Zaragoza: Mira Editores S.A., 1997.
25. Colarusso R.P., Hammill D.D., MVPT-3 Motor-Free Visual Perception Test. Third Edition. California: Academic Therapy Publications; 2003.
26. Gargallo López B., Niños hiperactivos (TDA-H). Causas. Identificación. Tratamiento. Una guía para educadores. Infancia y desarrollo especial. Ed Ceac; 2005.
27. Lavigne Cerván R., Romero Pérez J.F., El TDAH: ¿qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?. Manuales prácticos. Madrid: Ed. Pirámide; 2010.
28. Castejón Costa J.L., Navas Martínez L., Aprendizaje, desarrollo y disfunciones. Implicaciones para la enseñanza en la educación secundaria. Alicante: Ed. Club Universitario; 2009.

29. Equipo creativo y científico de TCC Trébol Comunicación y Creación S.A., supervisión de Jiménez M. Trasto, un campeón en la familia, Ed. Janssen-Cilag. Disponible en [www.trastornohiperactividad.com/cuentos](http://www.trastornohiperactividad.com/cuentos)
30. Equipo creativo y científico de TCC Trébol Comunicación y Creación S.A., supervisión de Jiménez M. Fosforete, un amigo muy especial, Ed. Janssen-Cilag. Disponible en [www.trastornohiperactividad.com/cuentos](http://www.trastornohiperactividad.com/cuentos)
31. Muiños-Durán M., Vidal-López J., Rodán González A., Rifá-Giribet M., Codina-Fossas M., García-Montero M., et al. Training activities for visual-perceptual skills. (Basic Level), Saera, 2009.
32. Gómez Campos A.M., Cuidado con los despistes. Crianza & Salud. Así es su mundo (de 6 a 12 años). Enero 2013; Rev 10, nº6: 18-23. Disponible en: [www.crianzaysalud.com](http://www.crianzaysalud.com)
33. Servicio de Neurología Pediátrica del Hospital Universitario La Paz. Pautas orientativas para el niño con TDAH y padres. Madrid. Disponible en:  
[http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/pdf/TDAH\\_Pautas\\_Orientativas.pdf](http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/pdf/TDAH_Pautas_Orientativas.pdf)
34. Equipos de atención temprana de la consejería de Educación, Hiperactividad: Orientaciones a padres. Ciencia y Tecnología de la Junta de Extremadura, 2004.
35. De Burgos Marín R., Barrios Agrafojo M., Engo Pita R., García Calero A, Gay Pamos E., Guijarro Granados T., et al. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Reina Sofía. Ed. Glosa S.L.; Córdoba, 2009.

## **7. ANEXOS**

### **Anexo 1: Criterios diagnósticos DSM-IV-TR.**

<b>Anexo 1. Criterios diagnósticos recogidos por el DSM-IV-TR:</b>	
A) Se deben cumplir los criterios (1) y/o (2).	
1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo.	
<b>Desatención:</b>	
a)	A menudo no presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido en tareas escolares o de otro tipo.
b)	A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
c)	A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
d)	A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas o encargos (no se debe a comportamientos negativistas o incapacidad para comprenderlos).
e)	A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
f)	A menudo evita o le disgusta tener que dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
g)	A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
h)	A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
i)	A menudo es descuidado en las actividades diarias.
2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido durante, por lo menos, seis meses con una intensidad desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo.	
<b>Hiperactividad:</b>	
a)	A menudo mueve en exceso manos a pies, o se remueve en su asiento.
b)	A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que debería estar sentado.
c)	A menudo corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas.
d)	A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse a situaciones de ocio.

<b>Anexo 1 (continuación). Criterios diagnósticos recogidos por el DSM-IV-TR:</b>	
e)	A menudo está en marcha o actúa como si tuviera un motor.
f)	A menudo habla en exceso.
<b>Impulsividad:</b>	
a)	A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
b)	Tiene dificultades para guardar turno.
c)	Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros.
B) Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 7 años de edad.	
C) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes.	
D) Deben existir pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.	
E) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental	



## Anexo 2: Cuestionario de conducta de Conners para Padres.

### Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres (C.C.L.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estar quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

#### Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.  
 POCO = 1 PUNTO.  
 BASTANTE = 2 PUNTOS.  
 MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

### Anexo 3: Cuestionario de Conducta en el Hogar de Conners.

#### CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarbado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal.				
12. Es miedoso.				
13. No puede estar quieto.				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
20. Es discutiador.				
21. Es huraño, coge berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediente, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza.				
26. Es susceptible, se "pica" fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un "matón".				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente.				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste.				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				
41. Se queja de dolores de vientre.				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, "fardón".				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.				

## Anexo 4: Escala abreviada de Conners para profesores.

### ESCALA DE EVALUACIÓN PARA PROFESORES ABREVIADA (CONNER ABREVIADO)

Nombre del Alumno(a)	:			
Colegio	:			
Nombre del Profesor	:			
Curso	:		Fecha:	____/____/____

Si(a) profesor(a): Solicito a usted completar este cuestionario, para evaluar las dificultades observadas por usted en el aula, que pudieran repercutir en el desarrollo integral de su alumno. A continuación hay una lista de observaciones, por favor marque cada ítem de acuerdo a la magnitud del problema. Haga una cruz a la opción que corresponde a cada una de ellas.

Por favor responda todos los ítems.		NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Inquieto, demasiado activo				
2	Excitable, impulsivo				
3	Molesta a los otros niños				
4	No termina lo que empieza				
5	Se mueve constantemente en la silla				
6	Desatento, se distrae fácilmente				
7	Hay que satisfacerle de inmediato, no tolera la frustración				
8	Llora fácil y frecuentemente				
9	Cambios de humor rápidos, drásticos				
10	Pataletas, conducta explosiva				

Otras observaciones importantes:		NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Dificultades articulatorias (lenguaje)				
2	No lee al nivel de sus pares				
3	Tiene problemas para escribir				
4	Olvida fácil lo que aprende				
5	Dificultades de Aritmética				
6	Dificultades del Idioma extranjero				
7	Pierde con frecuencia útiles escolares				
8	Responde antes que finalice la pregunta				
9	Tiene dificultades para organizar sus trabajos				
10	Rechazo por el grupo (total o parcial)				
11	Es tímido, ansioso o temeroso				
12	Se ve triste, descontento o deprimido				
13	Interrumpe a otros (juegos, conversaciones, etc.)				
14	Le cuesta respetar los turnos				
15	Discute mucho, incluso con adultos				
16	Se opone activamente a cumplir con sus deberes				
17	Miente a menudo				
18	Ha tomado cosas ajenas				
19	Presenta tics				

#### Notas parciales último mes:

Matemáticas				
Lenguaje				
Idioma Extranjero				
Comprensión del medio				
Comprensión de la naturaleza				

Observaciones positivas a destacar en el alumno: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Anexo 5: Cuestionario de Conducta en la Escuela de Conners.

### CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA

(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.				
14. Intranquilo, siempre en movimiento.				
15. Es impulsivo e irritable.				
16. Exige excesivas atenciones del profesor.				
17. Es mal aceptado en el grupo.				
18. Se deja dirigir por otros niños.				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				
21. No termina las tareas que empieza.				
22. Su conducta es inmadura para su edad.				
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				

## Anexo 6: Cuestionario SNAP-IV para profesores.

Pregunta	Puntaje			
	Nada (0)	Poco (1)	Bastante (2)	Mucho (3)
<i>A menudo</i>				
1 Le cuesta prestar atención a detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares o trabajo.	_____	_____	_____	_____
2 Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.	_____	_____	_____	_____
3 Parece no escuchar cuando se le habla directamente.	_____	_____	_____	_____
4 Le cuesta seguir instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones.	_____	_____	_____	_____
5 Tiene dificultad en organizar sus tareas y actividades.	_____	_____	_____	_____
6 Evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.	_____	_____	_____	_____
7 Extravía objetos necesarios para realizar sus actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices o libros).	_____	_____	_____	_____
8 Se distrae por estímulos irrelevantes de su tarea.	_____	_____	_____	_____
9 Es descuidado en sus actividades diarias.	_____	_____	_____	_____
10 Le cuesta mantenerse alerta, responder a lo que se le pide, o ejecutar consignas.	_____	_____	_____	_____
11 Mueve las manos y los pies o se retuerce en el asiento.	_____	_____	_____	_____
12 Abandona su asiento en clase u otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.	_____	_____	_____	_____
13 Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado.	_____	_____	_____	_____
14 Tiene dificultades para jugar o dedicarse a actividades de ocio tranquilamente.	_____	_____	_____	_____
15 Está "en marcha" o actúa como si tuviera un motor encendido.	_____	_____	_____	_____
16 Habla en exceso.	_____	_____	_____	_____
17 Precipita respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas.	_____	_____	_____	_____
18 Tiene dificultades para aguardar su turno.	_____	_____	_____	_____
19 Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).	_____	_____	_____	_____
20 Tiene dificultad para permanecer sentado, quedarse quieto o inhibir impulsos en la clase o en el hogar.	_____	_____	_____	_____

**Anexo 7: Dibujos de la figura humana (evaluación, seguimiento y reevaluación).**



Fig.1. Prueba de evaluación. 27 de Junio 2013



Fig. 2. Seguimiento. 23 de Julio 2013.



Fig. 3. Reevaluación. 8 de Agosto 2013.



## Anexo 8: Consentimiento informado.

### Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo de Fin de Grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducido por María Luisa Díaz López, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud. La meta de este Trabajo de Fin de Grado es comprobar la eficacia del tratamiento de Terapia Ocupacional en un caso de TDAH infantil.

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrará por escrito, de modo que el investigador/estudiante pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Además el investigador/estudiante podrá participar como observador o como asistente en el tratamiento de Terapia Ocupacional, del cual su hijo es beneficiario.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionario y a la entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por María Luisa Díaz López. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es comprobar el efecto del tratamiento de Terapia Ocupacional en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a María Luisa Díaz López al teléfono

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a María Luisa al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

25 de Junio 2013